

青岛深入推进职工医保门诊共济改革,实现“个人得实惠、医疗提效能”的双向赋能

算一笔“民生账”,看医保改革带来的保障升级



■青岛市市立医院医保业务办理中心。
韩星 摄



■职工在崂山区社区卫生服务中心医保窗口咨询结算政策。
韩星 摄

日前,退休职工李女士在湖岛街道社区卫生服务中心全科诊室复诊时,展示了手机上最近几年的医保结算账单,“现在,在社区卫生服务中心就能拿到以前需要去大医院开的药,而且在社区拿药能报销85%,与2年前相比,我一个月能少花300多元药费。”

这是青岛职工医保门诊共济改革带来的深远变化。此项改革自2023年启动以来,不仅让参保职工真切感受到“看病更便宜”,更推动青岛医保体系实现了从“保大病、保住院”到“大小病兼顾”的历史性转变。

近日,记者从市医保局获悉,2025年1至5月,青岛职工门诊统筹结算249.7万人、1235.2万人次,同比分别增长9.8%、26.1%;医保统筹基金结算13.2亿元,同比增长45.9%。与此同时,青岛48.9%的在职职工、73.1%的退休职工享受到了职工医保门诊共济改革带来的实惠。

制度破冰:重构20年医保逻辑

长期以来,我国的医保体系以“保大病、保住院”为主,对于小病、多发病、常见病的门诊治疗保障相对较低。但随着我国疾病谱的变化,慢性病已成为影响居民健康的主要疾病。全国居民因慢性病导致的死亡人数占总死亡人数的比例超过85%,导致的疾病负担占总疾病负担的70%以上。治疗慢性病最便捷高效的方式,就是通过门诊早诊早治,通过健康管理避免小病拖成大病,从而有效减轻群众病痛和经济负担。

民有所需,政有所为。青岛市自2007年起在全国范围内率先探索实施门诊费用报销改革,并于2012年依托基层医疗机构全面建立了职工门诊统筹制度,解决参保人在家门口看病的就医所需。青岛多年来门诊保障制度的改革思路与国家及省职工门诊共济保障机制高度契合,为进一步深化门诊保障改革奠定了坚实的基础。

2023年以来,青岛把提升门诊医疗费报销待遇作为首要目标,不断强化门诊的统筹保障功能,并于2024年进一步从提标、扩围、倾斜、放开4个层面实现了突破。

提标,是指提高报销比例和报销限额。2024年,青岛在职职工发生的符合规定的普通门诊医疗费,在基层(含一级)、二级、三级医疗机构报销比例分别提高至80%、70%、60%,比2023年分别提高了5到10个百分点。基层医疗机构的报销比例比改革前的2022年提高了20个百分点。2024年,在职职工门诊医疗费年度最高报销限额从2023年的1700元提高至6000元,比改革前2022年的1120元增加了4880元。

扩围,即扩大报销范围。青岛普通门诊报销对标医保“三个目录”实现全面扩增,将原基层就医“小目录”扩增至与住院同样的医保“大目录”,目录内药品总数达到3159种,符合规定的检查检验项目、诊疗服务项目均可按规定纳入门诊报销。

倾斜,即向退休人员适当倾斜。考虑到退休人员医疗需求较高,本次改革对退休人员有两方面倾斜:报销比例比在职职工提高5个百分点,退休人员在基层(含一级)、二级、三级医疗机构的报销比例分别达到85%、75%、65%;报销限额比在职职工再增加1000元,年度最高支付限额达到7000元。

放开,即放开门诊统筹定点签约。自2024年2月1日起,青岛全面取消职工普通门诊定点签约的规定,实行职工门诊自由就医,参保职工在所有开展普通门诊统筹业务的定点医疗机构就医均可按规定报销。

在提升门诊待遇政策的同时,医保部门着力优化就医报销流程,加强基金支出管控,确保医保资金真正用于提升门诊统筹保障水平,促进经办、支付、监管“三位一体”的系统优化。

民生账本:从数据看获得感

职工医保门诊共济改革落地落实,让普通门诊报销全面升级,这从更多青岛职工医保参保人的2024年“民生账本”中可见一斑。

55岁的国企职工张先生罹患支气管哮喘多年,2023年之前,他只能在签约的社区卫生服务站开药。“当时,社区里有些药经常断货,还有些药只有大医院才



▲职工在崂山区社区卫生服务中心全科门诊就诊。
韩星 摄

◀患者选择到没有起付线的社区卫生服务中心看诊拿药。
黄飞 摄

有,我经常需要自费购药。”张先生说,2024年,医保门诊统筹政策调整后,他无须签约就可以自由选择在三级医院、二级医院、一级医院或社区医院开药。最近,他在青岛大学附属医院看病后直接开药,因为之前已经累计达到800元起付标准,300元的药费经医保报销60%,他只需要自付120元。

2024年度,青岛参保职工普通门诊结算2655万人次,医保报销28.8亿元,分别比去年同期增长了102.85%、155.41%。这串数字的背后,是改革政策惠及人群的显著扩大,职工门诊报销额的显著提高,也意味着,2024年青岛452万名参保职工中有68.8%的职工跟张先生一样,享受了门诊统筹报销待遇。

在青岛的参保职工中,退休职工面对着“慢性病多发、收入受限、就医频次高”的三重压力,改革政策对退休职工的适当倾斜,为他们精准化解了看病就医的经济难题。

68岁退休职工邓女士罹患骨关节炎多年,她同样记着一本“医保惠民账”。2024年,她在普通门诊开药、理疗、做检查,总支出约5500元,比2023年增加了1400元,但2024年她通过门诊统筹报销了近4000元,约占药费的72%,门诊统筹报销总额是2023年1700元限额的两倍多。

数据显示,2024年,青岛像邓女士这样在门诊统筹中获益的退休职工达95万人,占退休职工总人数的82.6%,门诊统筹医疗费报销12.82亿元,占参保职工门诊统筹报销总额的44%。退休职工的改革获得感不断增强。

从改革中受益的不只是“老病号”,新政策打破了以往的诸多限制,悄然织就了一张更大、更密的医疗保障网。“市口腔医院以往不能报销的牙片、化验、补牙、根管治疗、龈下刮治、拔牙等,现在也被纳入职工医保。”

在市北区敦化路社区卫生服务中心,前来向家庭医生求医的居民中不乏职工参保人。“在社区看病开药没有起付

线,还能报销85%,我和老伴都已经退休,平时有个头疼脑热,会第一时间到社区看病,要是病情比较复杂,家庭医生还会帮我们联系大医院转诊。”退休职工刘先生说。这是青岛实行自由就医,为职工参保人提供更多就医选择的同时,充分发挥医保支付“指挥棒”的作用,引导群众首诊在基层的一个生动场景。

青岛作为全省唯一一个在基层医疗机构实施普通门诊无门槛直接报销的城市,在二三级医疗机构分别设置相对合理的、有差别的起付标准和报销比例,有助于发挥医保战略购买作用,优化资源配置,提高医保基金使用绩效,促进基层医疗服务能力提升,进而推动形成“小病在基层、大病到医院”的分级诊疗服务格局。

据悉,2024年度参保职工在基层医疗机构门诊结算人次占比达73%,统筹基金结算额占比达62%。在国家发布的职工医保基金运行评价中,青岛基层医疗机构基金支出占比达27.9%,全省最高。职工医保门诊共济改革在“强基层”的同时,也深刻重构了二级、三级医院的医疗服务体系。“以前做胃肠镜诊疗必须住院才能报销,随着职工医保门诊统筹的实施,如果病情允许,患者可以选择在门诊完成,此举不仅能省下3天住院时间,还能节省大量的医保费用。”青岛市市立医院东院内镜中心的高玉强主任介绍。

记者从市医保局获悉,由于报销额度的提升,参保职工对CT、胃肠镜等费用较高的检查项目需求,逐渐由住院保障转化为门诊保障,从而减少了住院次数,门诊检查费用占比提升明显,职工普通门诊保障水平大幅提高。

职工医保门诊共济改革的落地,也深度优化了门诊医保结算流程,提高了参保职工门诊统筹的便捷性,诊间结算、移动支付、自助机支付等多渠道结算得以实现,有效缓解了大医院人工结算窗口排队难的问题。

近日,方先生在青岛市市立医院东院区的门诊就诊,使用微信自助结算,完成医保报销,全程用时不到20秒。在结算过程中,他仅负担个人自付费用,不需要额外垫付任何费用。据悉,市立医院率先实现线上、线下相结合的“五位一体”结算方式,患者可通过青岛市市立医院微信公众号、支付宝生活号、院内自助机、人工窗口、诊间支付五种方式方便快捷地结算。

医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。近年来,为最大限度解除群众看病就医的后顾之忧,青岛市医保局坚持向改革要效益,向精细化管理要效益,创新推进管理服务提质增效,群众待遇不断提升,基金运行安全可持续。

青岛职工门诊共济改革以制度创新破题,通过提高门诊保障水平,减轻群众的就医负担,培育“早诊早治”的健康理念;通过优化医疗资源配置,激活了基层医疗服务“神经末梢”,助力分级诊疗体系建设,以一场从“被动保大病”到“主动防大病”的治理升级,推进青岛卫生健康事业“以治病为中心”向“以健康为中心”转变。可以说,这场改革不仅是医保基金的“腾笼换鸟”,更是医保制度从“疾病保险”向“健康保障”转型的关键一步。

未来,向着全民健康可持续发展的目标前进,青岛将继续以“三医联动”优化经办服务,以“精细管理”提升基金效能,以“多管齐下”确保基金安全,为城市高质量发展,筑牢健康基石,贡献强有力医保力量。

(黄飞)



■患者使用自助机完成职工医保门诊统筹报销结算。黄飞 摄



■医保窗口为老年人服务。
黄飞 摄



■社区卫生服务中心药品种类不断扩大的黄飞 摄